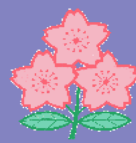


JRFU傷害報告ガイド (含. 重症傷害・脳振盪)

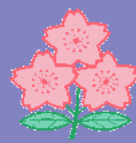
2021年3月
日本ラグビー協会
安全対策委員会



この資料について

- 傷害発生時の現場から日本ラグビー協会への報告の流れを解説します。
- 各チームにおいては、これに従ってできる限り素早く、正確に情報を共有してください。
- 報告された傷害にかかる状況を把握、検討することによって再発防止を図ります。

➤ ラグビー関係者全員が情報を共有し、安全対策を周知徹底することにより再発防止を図ることが重要です



傷害報告が必要な3つのケース

傷害報告が必要なケースには以下の3つのケースがあります。

1. 脳振盪あるいは脳振盪の疑いによる退場

2. 重症傷害

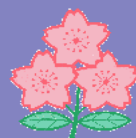
- ✓ 死亡
- ✓ 24時間以上の意識喪失
- ✓ 四肢のマヒを伴う脊髄損傷
- ✓ 開頭あるいは脊椎にかかる手術を要した傷害
- ✓ 胸部あるいは腹部の臓器にかかる手術を要した傷害
- ✓ 診断書により重症と考えられる傷害

3. 傷害見舞金制度の対象となる傷害

- ✓ 登録者見舞金制度 給付表をご参照ください。

✓ 上記の3つのケースはそれぞれ提出先や報告書が異なりますので、お手数ですが、重なった場合には個別にご提出をお願いします。

- 各種報告書は協会ホームページよりダウンロードしてご利用ください。 [各種報告書はこちら](#)

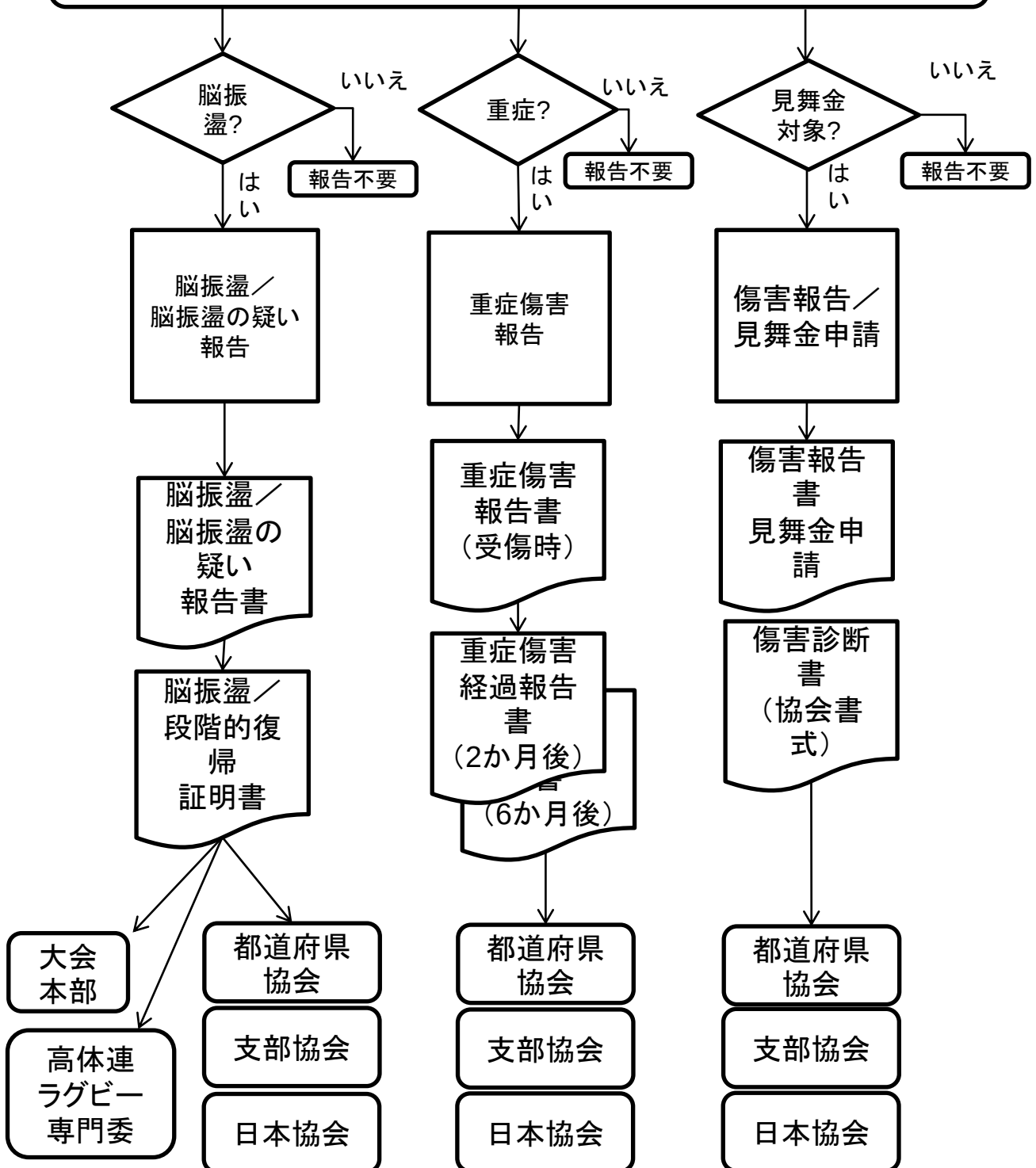




傷害発生時の報告フロー（全体）

傷害事故発生

*詳細は、p.5～p.10を確認のこと

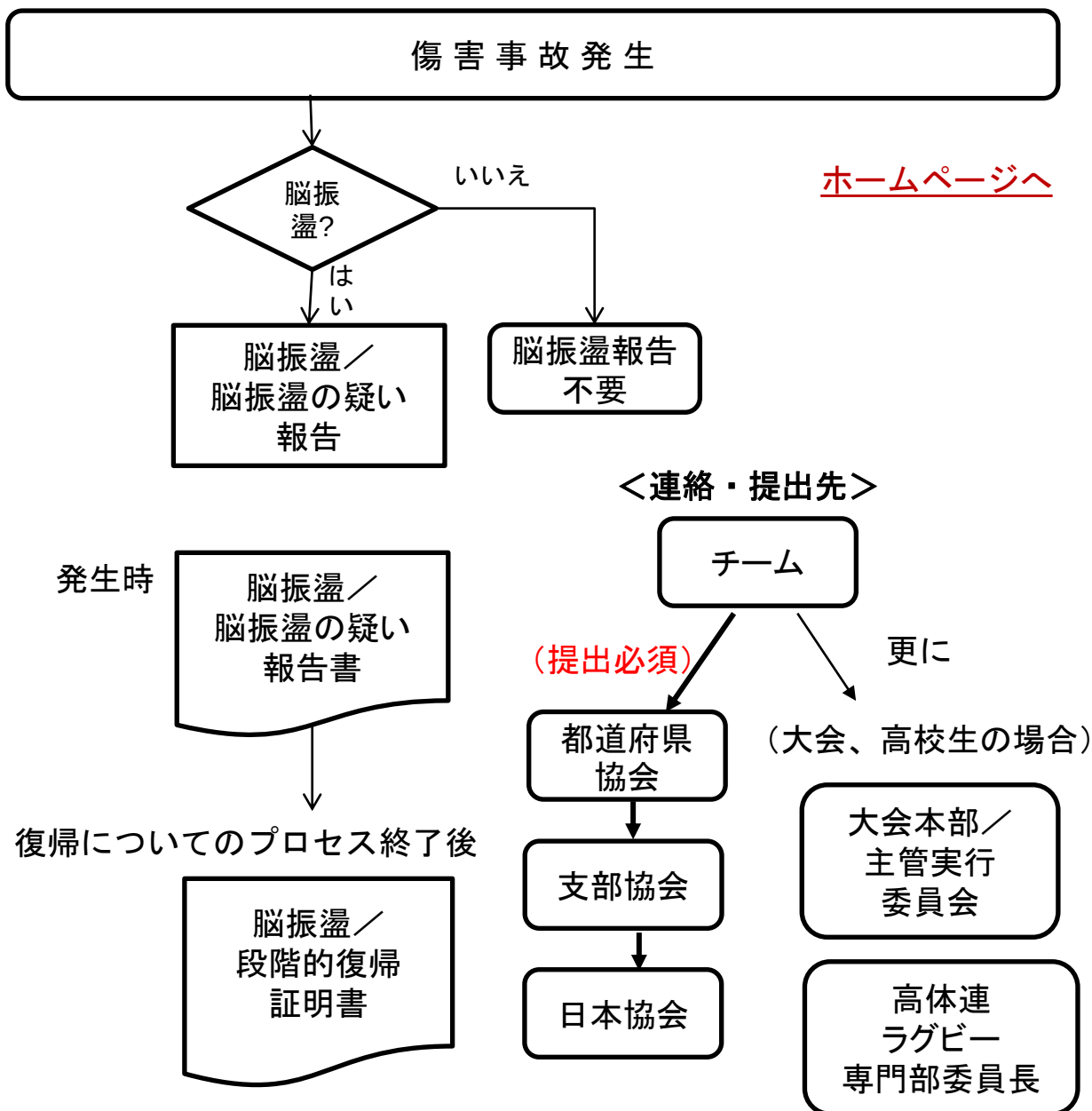


1. 脳振盪あるいは脳振盪の疑い

- 詳しくは脳振盪ガイドライン2014年版を参照ください [ガイドラインはこちら](#)
- 報告義務者
 - チーム責任者
 - 担当レフェリー
 - マッチドクター
- 報告書提出先
 - **(提出必須)** 都道府県協会→各支部協会→日本協会
(大会の場合) 大会本部または主管実行委員会
(高校生) 都道府県高体連ラグビー専門委員長
- 報告の時期
 - 遅滞なく
- 報告書フォーマット
 - [脳振盪／脳振盪の疑い報告書](#)
 - 脳振盪／段階的復帰証明書
 - [医師管理下の場合](#)
 - [医師管理下でない場合](#)
 - [高校生、高専生の場合](#)
 - [中学生以下の場合](#)



脳振盪／脳振盪の疑いの報告・申請手続



2. 重症傷害報告書

- ・ 詳細は日本ラグビーフットボール協会HP参照のこと

[詳しくはこちら](#)

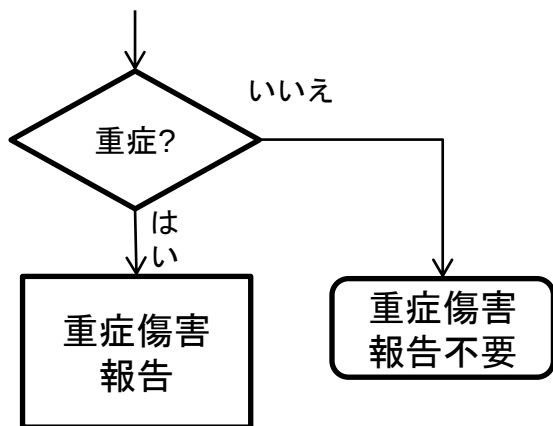
[傷害発生時の事務手続](#)

- ・ 報告義務者
 - － チーム責任者
- ・ 報告書提出先
 - － 各都道府県協会
- ・ 報告の時期
 - － ただちに電話連絡
 - － 発生後3日以内.....重症傷害報告書
(不明事項は後日速やかに補足)
 - － 発生後2ヶ月時点、6ヶ月時点...経過報告書
(死亡の場合を除く)
- ・ 報告書フォーマット
 - － [重症傷害報告書（受傷時）](#)
 - － [重症傷害経過報告書（2か月後、6か月後）](#)
- * 死亡に至った場合には、「死亡診断書」または「死体検案書」を添付する。



重症傷害発生時の 報告・申請手続

傷害事故発生



[ホームページへ](#)

重症傷害

- ✓ 死亡
- ✓ 24時間以上の意識喪失
- ✓ 四肢のマヒを伴う脊髄損傷
- ✓ 開頭あるいは脊椎にかかる手術を要した傷害
- ✓ 胸部あるいは腹部の臓器にかかる手術を要した傷害
- ✓ 診断書により重症と考えられる傷害

① ただちに電話で連絡

② 発生後3日以内
不明事項は、後日判明次第報告

重症傷害
報告書
(受傷時)
様式(1)

③ 発生から2ヶ月後

重症傷害
経過報告
書様式(2)
(2か月後)

(6か月後)

④ 6ヶ月後

手術の経過、症状、その他の経過等を報告。
それ以降も症状が改善されない場合は1年毎に報告。

* 死亡に至った場合には、「死亡診断書」または
「死体検案書」を添付する。

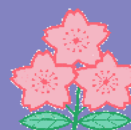
<連絡・提出先>

チーム

都道府県
協会

支部協会

日本協会



3. 傷害報告書・見舞金請求書

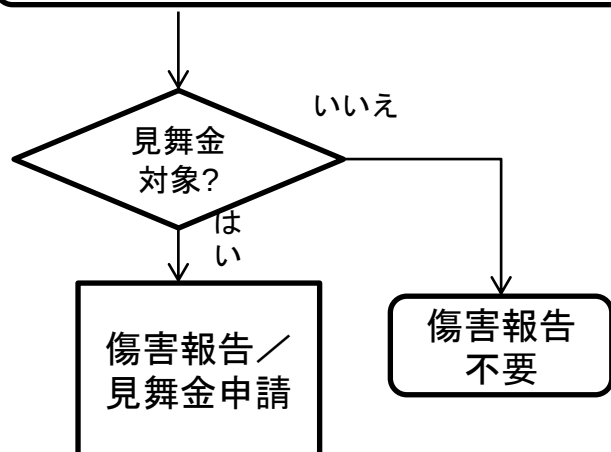
- ・ 傷害見舞金制度による
 - [実施要綱](#)
 - [傷害見舞金給付表](#)
- ・ 報告義務者
 - チーム責任者
- ・ 報告先
 - 各都道府県協会→地域協会→日本協会
- ・ 報告の時期
 - 傷害発生後30日以内.....傷害報告書
 - 傷害発生後6ヶ月以内.....傷害診断書
- ・ 報告書フォーマット
 - [傷害報告書 1・見舞金請求書](#)
 - [傷害報告書 2](#)
 - [傷害診断書](#)



見舞金対象傷害発生時の 報告・申請手続

傷害事故発生

[ホームページへ](#)



見舞金対象

- ✓頭部損傷
- ✓脊椎損傷
- ✓脊髄損傷
- ✓眼の損傷
- ✓歯の損傷
- ✓骨折
- ✓手術
- ✓内臓損傷
- ✓一定期間以上の入院療養
- ✓靱帯切断
- ✓死亡

詳細は実施要項及び見舞金給付表
をご確認ください。

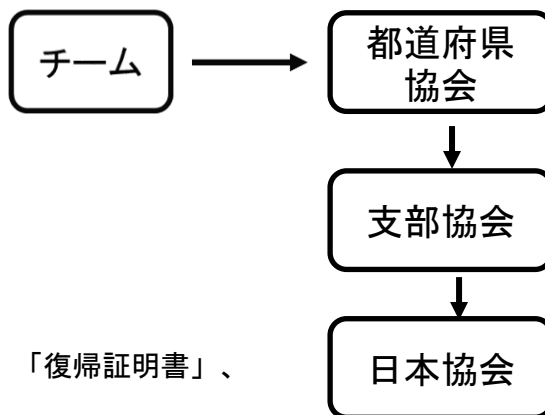
① 傷害発生日から30日以内

傷害報告書兼
見舞金申請書
1・2

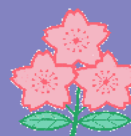
② 確定診断後速やかに提出、 6か月以内 医師・歯科医師による診断書

傷害診断書
(協会書式)

<連絡・提出先>



※ 脳振盪の見舞金請求には「脳振盪報告書」、「復帰証明書」、
CT/MRI検査も必要



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【脳振盪／脳振盪の疑い報告書】 [ホームページへ](#)

脳振盪／脳振盪の疑い報告書									
報告日					年	月	日		
報告者氏名									
☐ チーム責任者					☐ 担当レフリー		☐ マッチドクター		
受傷者（選択肢があるものには✓/○をつける）									
氏名	生年月日			年	月	日	年齢	歳	
性別 ☐ 男	チーム名			☐ 15人制		☐ 7人制		☐ その他（ ）	
☐ 女				ポジション					
カテゴリー ☐ スクール	☐ 中学生	☐ 高校生	☐ 高専生	☐ 大学生	学年				
☐ 社会人(含むトップリーグ)					☐ クラブ	☐ 女子	年生		
所属都道府県協会					協会				
受傷の状況(選択肢があるものには✓/○をつける)									
発生日	年	月	日	場所	☐ 試合中				
受傷時のプレー					☐ 練習中				
☐ タックルをした ☐ タックルをされた ☐ ラック・モール ☐ 不意の衝突 ☐ スクラム ☐ 不明 ☐ その他（ ）									
衝突した対象									
☐ 相手選手 ☐ 味方選手 ☐ 地面 ☐ 不明 ☐ その他（ ）									
グラウンドコンディション ☐ 芝 ☐ 土 ☐ 人工芝 / ☐ 固い ☐ 普通 ☐ 柔らかい									
脳振盪の症状（当てはまる症状に✓/○をつける、✓/○はいくつでも）									
☐ A 意識消失 ☐ B けいれん発作 ☐ C バランスが悪い ☐ D 立ち上がれない ☐ E 混乱している ☐ F 見当識がない(場所や時間がわからなくなる) ☐ G ぼーっとしている、表情が乏しい ☐ H 吐き気 ☐ I 行動が変わった(感情的になる、いらだつ) ☐ J 健忘(思い出せない) ☐ K 頭痛 ☐ L 頸部痛 ☐ M 頸部圧迫感 ☐ N 霧の中にいる感じ ☐ O ものがかすんで見える ☐ P マドックの質問に答えられなかった ☐ Q その他()									
症状を確認した人(名前					) ☐ チーム関係者 ☐ レフリー				
					☐ ドクター ☐ トレーナー				
受傷時の処置(応急処置の内容を書き入れる)									
過去に受けた脳振盪の回数					最近はいつですか		(わかる範囲で記入してください)		
この報告書は個人非特定のもと日本ラグビーフットボール協会の安全対策のための資料として使用されます。									
平成 29 年 3 月 20 日改定									



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」

医師管理下の段階的競技復帰のための証明書

（高専生、高校生、中学生以下を除く）

_____都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日

☐ 上記の者は、段階的競技復帰の下記のステージを私の管理のもとで実施 しました。

段階的競技復帰の記録

・ステージ1（24時間以上）	年 月 日 ～	年 月 日
・ステージ2（24時間以上）	年 月 日 ～	年 月 日
・ステージ3（24時間以上）	年 月 日 ～	年 月 日
・ステージ4（24時間以上）	年 月 日 ～	年 月 日

☐ ステージ4終了後で、フルコンタクト練習の前の本日の診察において、脳振盪の症状と所見がないことを確認しました。

年 月 日 （受傷日より第 日目）

医師氏名

印

住所

（競技者記入）

☐ 私は、上記の段階的競技復帰を上記医師の管理下で実施し、現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクト練習に参加することに同意します。

年 月 日 （受傷日より第 日目）

競技者氏名

印

住所

競技者が未成年者の場合は

保護者氏名

印

住所

（平成26年6月1日様式改定）



[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」

医師管理下でない段階的競技復帰のための証明書

（高専生、高校生、中学生以下を除く）

_____都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日 （本人申告、あるいは記録で確認）

- ☐ 本日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日（1日目）から20日目以降であることを確認しました。
- ☐ 上記の者は、フルコンタクト前の本日の診察で脳振盪の症状がみられませんでした。
- ☐ 上記の者は、受傷日時点で高専生、高校生、あるいは中学生以下でないことを確認しました。

年 月 日

医師氏名

印

住所

（競技者記入）

- ☐ 私は、受傷日から14日間はスポーツ活動を一切行いませんでした。
- ☐ その後、段階的競技復帰を実施しました。
- ☐ 現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクトの練習に参加することに同意します。

年 月 日 （受傷日より第 日目）

競技者氏名

印

住所

競技者が未成年者の場合は

保護者氏名

印

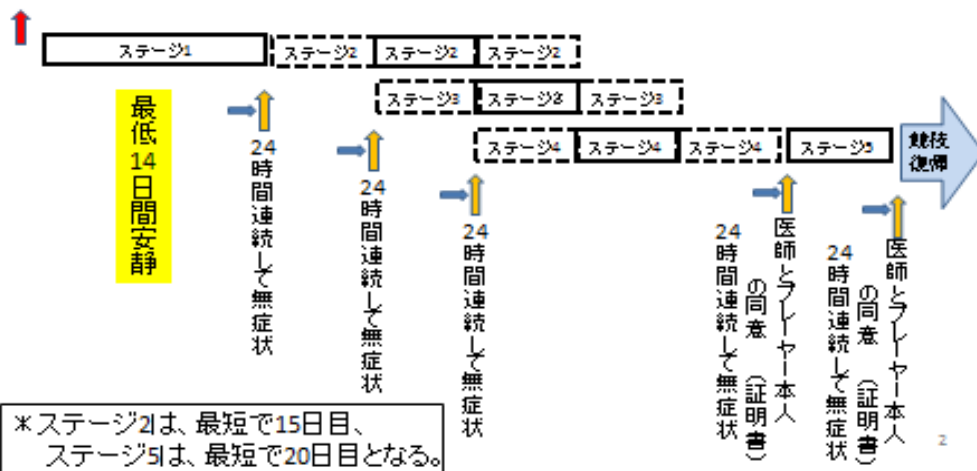
住所

（平成26年6月1日様式改定）



段階的競技復帰 「プレーヤーが高校生、ならびに高専生の場合」の最短のケース

day1		day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21
日		土	日	月	火	水	木	金	土



（公財）日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
平成26年6月1日



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書

競技者が高校生あるいは高専生の場合

_____都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

① フルコンタクト前 の診察

- ☐ 本日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日(1日目)から20日目以降であることを確認しました。
- ☐ 上記の者は、フルコンタクト前 の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

年 月 日

医師氏名

印

住所

(競技者記入)

- ☐ 私は、受傷日から14日間はスポーツ活動を一切行いませんでした。
- ☐ その後、段階的競技復帰を実施しました。
- ☐ 現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクトの練習に参加することに同意します。

年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名

印

住所

保護者氏名

印

住所

② フルコンタクト後(競技復帰前)の診察

- ☐ 本日が①の24時間以降であり、①の診察以降にフルコンタクトの練習に参加したことを本人に確認しました。
- ☐ 上記の者は、フルコンタクト後 の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

年 月 日

医師氏名

印

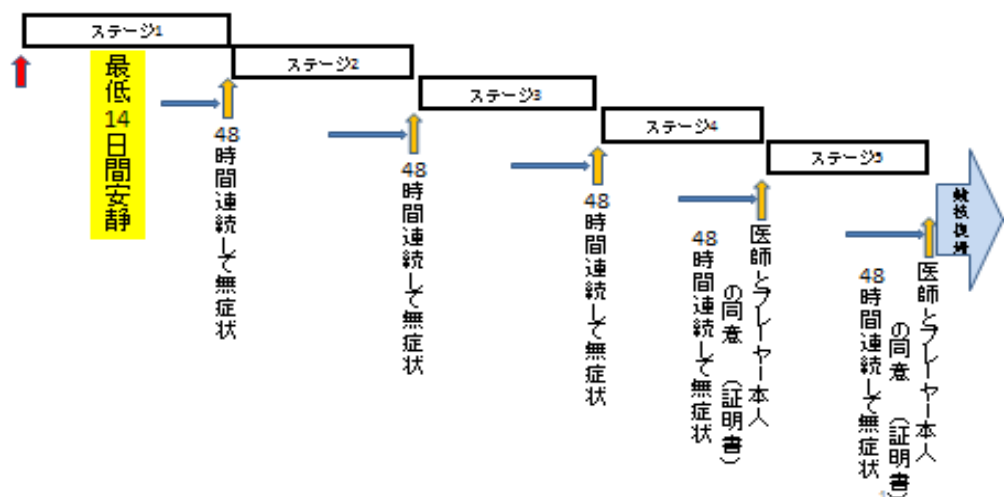
住所

(平成26年6月1日様式改定)



段階的競技復帰
「プレイヤーが中学生以下の場合」の最短のケース

day1		day14	day15	day16	day17	day18	day19	day20	day21	day22	day23
日		土	日	月	火	水	木	金	土	日	月



(公財) 日本ラグビーフットボール協会
安全対策委員会
平成26年6月1日



[ホームページへ](#)

「脳振盪／脳振盪の疑い」段階的競技復帰のための証明書

競技者が中学生以下の場合

_____都道府県ラグビー協会 御中

競技者氏名

生年月日 年 月 日

チーム名

ポジション

受傷日 年 月 日 (本人申告、あるいは記録で確認)

① フルコンタクト前 の診察

☐ 本日が「脳振盪」あるいは「脳振盪の疑い」の受傷日(1日目)から21日目以降であることを確認しました。

☐ 上記の者は、フルコンタクト前 の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

年 月 日

医師氏名

印

住所

(競技者記入)

☐ 私は、受傷日から14日間はスポーツ活動を一切行いませんでした。

☐ その後、段階的競技復帰を実施しました。

☐ 現在は脳振盪の症状はないため、フルコンタクトの練習に参加することに同意します。

年 月 日 (受傷日より第 日目)

競技者氏名

印

住所

保護者氏名

印

住所

② フルコンタクト後(競技復帰前)の診察

☐ 本日が①の48時間以降であり、①の診察以降にフルコンタクトの練習に参加したことを本人に確認しました。

☐ 上記の者は、フルコンタクト後 の本日の診察では脳振盪の症状がみられませんでした。

年 月 日

医師氏名

印

住所

(平成26年6月1日様式改定)



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【重症傷害報告書】

[ホームページへ](#)

－ 書式 5 －

所属協会 安全対策委員会 委員長	三地域協会 安全対策委員会 委員長	日本協会 安全対策委員会 委員長
------------------------	-------------------------	------------------------

重症傷害報告書〔受傷時〕（様式（1））

西暦 年 月 日

財団法人
日本ラグビーフットボール協会 殿

都道府県協会名
チーム名称
チーム責任者氏名

記

1. 受 傷 者

[1] 氏 名 _____ [2] 年 令 _____ 才 生年月日 西暦 年 月 日
[2] 所 属（学校・会社・クラブ名・その他） _____（学年）
[3] 現住所 〒 _____
[4] ポジション No. _____ [5] ラグビー経験年数 _____ 年

2. 受傷時の病名

[1] 分 類（該当する番号に○印を付けてください）
①頭蓋骨骨折の有無に関係なく24時間以上の意識喪失を伴う障害
②四肢の麻痺の伴う脊髄損傷 ③死亡 ④開頭および脊椎の手術を要したもの
⑤胸・腹部臓器で手術を要したもの ⑥ ①～⑤のほか診断書で重症と思われるもの
[2] 手術の有無 有・無・予定 手術名 _____

3. 受傷時の症状

[1] 意識喪失の有無について： 有・無
有に○をつけた場合、その意識喪失の期間： _____ 時間、または _____ 日
[2] 四肢麻痺について： 有・無
有に○をつけた場合、その部位： 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢
[3] その他（臓器損傷・循環器障害など）

4. 受傷時の状況

[1] 発生日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 分ごろ
[2] 場 所 _____
[3] 天 候 晴れ・曇り・雨・雪 気温 _____℃ 湿度 _____
[4] グラウンドコンディション 芝・土・人工芝 硬さ 硬い・普通・柔らかい
[5] 練習・試合の別 試合・練習・練習試合
[6] 受傷機転
タックルして・タックルされて・スクラム・ラック（亀ラック・ジャッカル・ランディング・その他）・モール・衝突・その他（ _____ ）



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[7] 試合：前半・後半____分発生 練習：開始____分発生

[8] ビデオ 有・無

[9] マッチドクター 有・無

[10] グラウンド近くに救急支援病院 有・無

[11] 受傷時の状況 _____

5. 受傷時の処置

[1] 現場での医師の有・無： 有・無 医師名 _____

[2] 応急処置の内容 _____

[3] ドクターの有無に関わらず応急処置できる道具[担架・シーネ(添え木)・ネックカラー・救急箱]
 がそろっていたか

6. 受傷後の経過

7. 病院名 _____ 医師名 _____
 病院所在地 〒 _____

8. 報告者所感 報告者氏名： _____
 報告者住所 〒 _____

- [注] 1. この報告書は事故発生後、3日以内に報告すること。不明の点は後日判明次第報告のこと。
 2. 死亡以外の重症傷害については、第一回目の報告後、1か月後にその後の病状を報告のこと。
 (添付様式(2))に記載ご報告ください。
 3. この報告書は、都道府県ラグビー協会に提出すること。
 4. この報告書は一部をコピーして報告者も保管しておいてください。
 5. 2の[1] 分類 ⑥の欄(※)は、緊急手術を要する傷害、長期入院を要する傷害等、重症と思われる傷
 害をさす。



ホームページへ

所属協会 安全対策委員会 委員長 ㊟	三地域協会 安全対策委員会 委員長 ㊟	日本協会 安全対策委員会 委員長 ㊟
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------

重症傷害報告書〔2・6ヶ月後〕（様式(2)）

西暦 年 月 日

公益財団法人

日本ラグビーフットボール協会 殿

都道府県協会名

チーム名称

チーム責任者氏名

㊟

記

1. 受傷者

2. 受傷時の病名

3. 確定診断名

〔1〕 頭蓋・頭蓋内損傷：(イ)頭蓋骨骨折 (ロ)硬膜外血腫 (ハ)急性硬膜下血腫 (ニ)脳挫傷
(ホ)脳内出血 (ヘ)その他()

〔2〕 脊髄損傷

部位： C₁ C₂ C₃ C₄ C₅ C₆ C₇ C₈ その他

脱臼： 有・無 骨折： 有・無

4. 治療

1.

2.

5. 現在の状態

〔1〕 意識

(1) 目：(イ)自然に開けている (ロ)呼びかけてあるいは刺激で開ける
(ハ)閉じたままで開けない

(2) 痛み刺激：(イ)刺激にはらいのける (ロ)刺激に顔をしかめる
(ハ)刺激にまったく反応しない

(3) 手足反応：(イ)命令にて上手に動かす (ロ)命令にて上手に動かせない
(ハ)命令にてまったく動かさない

(4) 会話：(イ)普通にできる (ロ)普通にできない
(ハ)まったくできない





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

〔2〕麻痺の状態

有・無 どちらかを選んで 有 の場合以下の選択項目に○印を付けてください

〔 右上肢、 左上肢、 右下肢、 左下肢 〕 に麻痺あり。

〔 右手、 左手 〕 で食事ができる。

腕を肩の高さまで挙げるのが [できる、 できない]

背もたれで座位になることが [できる、 できない]

車椅子に乗ることが [できる、 できない]

装具を用いたり、松葉杖で歩くことが [できる、 できない]

装具や松葉杖なしで歩行は [安定している、 安定していない]

〔3〕 排尿・排便の状態

自然排尿が [できる、 できない]

自然排便が [できる、 できない]

〔4〕呼吸の状態

気管切開 [有・無]

人口呼吸器を [つけている、 つけていない]

自然に呼吸しているが、酸素吸入を [している、 していない]

6. 前回報告より現在までの経過

[illegible]報告者氏名 (印)住所〒



【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

【登録者傷害見舞金】

ホームページへ

受付番号	傷害報告書 1 (見舞金請求書)										
※太枠内を記入してください。											
チーム代表者	住所	〒			提出日			年		月	日
	氏名	印 TEL			都道府県協会		三地域協会		日本協会		
送金先	金融機関			支店名			受付日	受付日	受付日		
	口座名	普通 当座	口座番号			協会					
	(フリガナ) 口座名義	TEL									
団体登録番号				団体名							
JRUFU 共通個人 ID				(ふりがな) 氏名		()	年齢	歳			
傷害内容 または傷病名											
傷害発生年月日				年		月	日	傷害発生時刻		時 頃	
傷害発生状況		☐ 1. 試合 2. 練習試合 3. 練習 4. その他	受傷時の試合時刻		☐ 1. 前半 2. 後半	分 頃	受傷機転	☐ 1. スクラム 2. タックルして 3. タックルされて 4. ラック 5. モーレ 6. その他()			
(その時の状況を具体的に)書ききれない場合には、裏面に記入して下さい。											
(例)左にパスをしようとしたところ右前方より右大腿部にタックルされ、倒れた上を乗りかかられた時に右膝を負傷した。											
試合名		対戦チーム名			☐ 1. 公式 2. 非公式						
マウスガード		☐ 1. 装着(カスタムメイド) 2. 装着(市販品) 3. 非装着		コンタクトレンズ		☐ 1. 装着 2. 非装着	ヘッドギア		☐ 1. 装着 2. 非装着		
受傷時のポジション		☐ 1. 左ブロップ 2. フッカー 3. 右ブロップ 4. 左ロック 5. 右ロック 6. 左フランカー 7. 右フランカー 8. No8 9. スクラムハーフ 10. スタンドオフ 11. 左ウィング 12. 左センター 13. 右センター 14. 右ウィング 15. フルバック 16. 未定									
天候	☐ 1. 晴れ 2. 曇り 3. 雨 4. 雪	☐ 1. 日没前 2. 日没後	グラウンドの状態		☐ 1. 芝 2. 土 3. その他	照明	☐ 1. 有り 2. 無し	気温 ℃	湿度 ℃		
レフリー	☐ 1. 在 2. 不在	資格	☐ 1. 有り 2. 無し	氏名		ドクター	☐ 1. 在 2. 不在	氏名			
傷害時処置	☐ 1. レフリー 2. 監督・コーチ・指導責任者 3. 医師 4. その他()			処置の内容							
体重	身長		胸囲		腹囲		頸囲		座高		
	kg	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	
既往歴	脳震盪	頭蓋内損傷	頸部(蓋)損傷	腹部損傷	四肢骨折	膝関節損傷	日射病	高血圧	心臓疾患	糖尿病	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
審査年月日				診断結果	① ☐ ☐ ☐ 級	千円					
				1. 期限切れ	② ☐ ☐ ☐	③ ☐ ☐ ☐	予備1 予備2				





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

ホームページへ

受 付 番 号		傷害報告書 2	
※太枠内を記入してください。			
◇受傷機転が、[1. スクラム]の場合は必ず記入してください。			
A	受傷したのは	☐ 1. 組んだ瞬間 2. 組んだ直後 3. ボールイン時 4. 組んでいる最中	B ボールの投入 ☐ 1. 味方ボール 2. 相手ボール
C	組んだ時の タイミング	☐ 1. 良い 2. 良くない 3. 悪い	D スクラムのずれ (コラプシング) ☐ 1. 有り 2. 無し
E	持ち上げ (ホッピング)	☐ 1. 有り 2. 無し	F 衝突 ☐ 1. 本人の頭と相手の頭 2. 本人の頭と相手の肩
G	ボールコントロ ール	☐ 1. できた 2. できなかった	H 押し ☐ 1. 押していた 2. 押されていた 3. 不動
I	ホイール	☐ 1. あった 2. なかった	J スクラムの形態 ☐ 1. 1対1 2. 3対3 3. 3対5 4. 5対5 5. 5対6 6. 6対6 7. 8対8 8. その他()
◇受傷機転が、[2. タックルして]または[3. タックルされて]の場合は必ず記入してください。			
A. 受傷したのは		B. タックルしたプレイヤーの人数	
☐ 1. タックルに行つて 2. タックルを受けて		☐ 1. 1人 2. 同時に2人	
C. タックルされたプレイヤーの状態		D. タックラーは身体の中の部位でタックルを行ったか	
☐ 1. 走行中 2. その場 3. 空中		☐ 1. 肩 2. 頭 3. 腕 4. 手 5. スマザー 6. その他	
E. タックルを受けたプレイヤーはどの部位にタックルを受けたのか		F. タックルを受けた瞬間	
☐ ☐ 1. 膝下部 2. 膝 3. 大腿部 4. 腰部 5. 腹部 6. 背部 7. 胸部 8. 頭部 9. 頭部 10. スマザー		☐ 1. ボールを持っていた 2. パスを受けた瞬間 3. パスをした直後	
G. タックルを受けたプレイヤーの結果			
☐ 1. 後方に倒れた 2. 前方に倒れた 3. 側方に倒れた 4. 倒れず 5. 振り回された 6. 突きとばされた 7. 投げ飛ばされた			
H. タックルに行ったプレイヤー、またはタックルされたプレイヤーのタックル後の結果			
☐ 1. 頭部が相手の身体の上に乗った 2. 頭部が相手の身体の下になった 3. 相手に当たられとばされた 4. 振り回された 5. 相手を止めただけ 6. 相手に絡まって胴体で倒れた 7. タックルをはずされ地面に倒れた			
I. タックルされる直前のコース			
☐ ☐ 1. ↓ 2. ↓ 3. ↓ 4. ↙ 5. ↘ 6. ↙ 7. ↘ 8. → 9. ← 10. その他			
J. タックルに入った方向、またはタックルされた方向		K. タックルに入る瞬間の頭部の高さ	
☐ ☐ 真うしろ 正面		☐ 1. 上がっていた 2. 下がっていた	
		L. タックルに入った時の頭部の位置	
		☐ 1. 順ヘッド 2. 逆ヘッド 3. 正面	
団体名			
傷害者氏名			





【サンプル】申請時は協会ホームページよりダウンロードして利用ください。

[ホームページへ](#)

(公財)日本ラグビーフットボール協会 御中

傷 害 診 断 書

年 月 日 審査

チーム記入欄

チーム登録番号	JRFU共通個人ID	チーム名
傷病者氏名	男 昭和 年 月 日生 歳 女 平成 年 月 日生 歳	
傷病者住所	〒□□□-□□□□	TEL ()
脳震盪の場 合	脳震盪/脳震盪の疑い報告書提出日 年 月 日	復帰証明提出日 年 月 日

医師記入欄

(特に今回の傷病の病状・経過及び治療方法などご記入ください)

1	傷病名	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	傷病 発生年月日	1) 年 月 日 2) 年 月 日 3) 年 月 日	
2	初診日	1) 初診日 平成 年 月 日			
3	外来通院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで			
4	入院期間	1) 年 月 日 から 年 月 日 まで 2) 年 月 日 から 年 月 日 まで			
5	検査	☐ CT ☐ MRI その他の検査 _____			
6	治療	☐ 保存的治療 ☐ 手術的治療 (検査・治療ともチェックを入れてください)			
7	手術日	(手術治療を行った場合に記入して下さい) 1) 年 月 日 術式 2) 年 月 日 術式			
8	治療内容				
9	既往症・持病の 又は既存の 身体障害	有 無 (有の場合は、傷病名・障害の内容・罹病期間・治療の内容などをご記入ください)			
以上の通り証明(診断)する。所在地 電話番号 平成 年 月 日 病院又は 診療所の 名称 医師氏名 (印)					

協会記入欄

見舞金給付表 該当項目	等級 [] - ()	審査決定年月日 年 月 日
都道府県協会 受付日	協会 印	日本協会 受付日



ウェブサイトのURLリスト

- 日本ラグビーフットボール協会 (JRFU) homepage
 - <https://www.rugby-japan.jp/>
- JRFU 安全対策ページ
 - <https://www.jrfuplayerwelfare.com/>
- 申請書類一覧
 - <https://www.rugby-japan.jp/future/documents>
- 障害への対応（申請書等）
 - <https://www.jrfuplayerwelfare.com/%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E3%81%B8%E3%81%AE%E5%AF%BE%E5%BF%9C-%E7%94%B3%E8%AB%8B%E6%9B%B8%E7%AD%89/>
 - <https://www.jrfuplayerwelfare.com/障害への対応-申請書等/>

